

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N°

586

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Raymond PERTUS

Interne de l'Hôpital Saint-Joseph
Né le 25 Août 1909, à Lorient (Morbihan)

DE LA FISTULISATION

DES

PHLEGMONS PÉRI-AMYGDALIENS

DANS LE CONDUIT AUDITIF EXTERNE

Président : M. LEMAITRE, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1937

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Raymond PERTUS

Interne de l'Hôpital Saint-Joseph
Né le 25 Août 1909, à Lorient (Morbihan)

DE LA FISTULISATION

DES

PHLEGMONS PÉRI-AMYGDALIENS

DANS LE CONDUIT AUDITIF EXTERNE

Président : M. LEMAITRE, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1937

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY Pathologie médicale.
 BÉNARD (Henri) . Pathologie médicale.
 BERNARD Étienne Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.) .. Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD..... Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER ... Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physiologie.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD..... Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET. Physiologie.
 DE GENNES Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique
 JOANNON Hygiène.

MM.

LACOMME Obstétrique.
 LANTUÉJOUL ... Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) . Pathologie médicale.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI . Neurologie et Psychiâtrie
 MÉNÉGAUX Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET .. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING..... Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIÈVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ..... Chimie biologique.
 SÉNÈQUE..... Pathologie chirurgicale.
 TROISIÈRE Pathologie expérimentale
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.
 GUÉNIOT..... Obstétrique.
 LARDENNOIS... Pathologie chirurgicale.

MM.

LEROUX..... Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 PHILIBERT Bactériologie.
 VAUDESCAL Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ALAJOUANINE ..	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN		BROCQ.....	
BRULÉ		CADENAT.....	
CHABROL.....		GATELLIER	
CHIRAY		HEITZ-BOYER...	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		SCHWARTZ	
PASTEUR - VALLERY- RADOT		VELTER	
SÉZARY			
MM.			
ECALLE	} Clinique obstétricale.		
LE LORIER.....			
LEVY-SOLAL			
METZGER			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé	Microbiologie.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA GRAND'MÈRE

A MON FRÈRE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR F. LEMAITRE

Professeur de Clinique oto-rhino-laryngologique à la Faculté
Oto-rhino-laryngologiste de l'Hôpital Lariboisière
Commandeur de la Légion d'Honneur

*Respectueux hommage de
reconnaissance pour l'honneur
qu'il nous a fait en acceptant
de présider cette thèse.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR HOVELACQUE

Chef des travaux anatomiques à la Faculté de Médecine

*Respectueux hommage de
reconnaissance pour l'accueil
bienveillant qu'il a bien voulu
nous réserver dans son labora-
toire, et l'intérêt qu'il nous a
toujours témoigné.*

A NOTRE MAITRE

LE DOCTEUR LE MARC'HADOUR

Officier de la légion d'honneur.

*Témoignage modeste de ma
grande reconnaissance pour
tout ce qu'il m'a appris durant
les trois années passées près de
lui.*

A NOTRE MAITRE

LE DOCTEUR BOURGÉOIS

Oto-rhino-laryngologiste de l'Hôpital Laënnec

*Qu'il trouve ici l'expression
de ma profonde admiration et
de mon entier dévouement.*

A NOTRE MAITRE

LE DOCTEUR HUBERT

Oto-rhino-laryngologiste de l'Hôpital Saint-Joseph

*En témoignage de notre
reconnaissance pour la bien-
veillance qu'il n'a jamais cessé
de nous témoigner.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR ROSSERT

Ex-interne des Hôpitaux de Paris

Ancien chef de Clinique à la Faculté de médecine

Assistant du service d'oto-rhino-laryngologie de l'Hôpital Laënnec

*Inspirateur de ce travail,
qu'il veuille bien accepter
l'hommage de notre respect et
de notre très vive gratitude.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR GIRARD

Laryngologiste adjoint de l'Hôpital Saint-Joseph

*En hommage de notre gra-
titude pour ses affectueux con-
seils.*

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

PROFESSEUR ACHARD.

PROFESSEUR HARTMANN.

PROFESSEUR CLERC.

PROFESSEUR RATHERY.

DOCTEUR SWARTZ.

DOCTEUR CHÉVRIER.

DOCTEUR GRENET.

DOCTEUR FAROY.

DOCTEUR HAMBURGER.

A MM. LES DOCTEURS WEISMAN, FIOCRE,
LA BERNADIE, CHABERT, THÉVENARD.

A MES COLLÈGUES
DE L'HOPITAL SAINT-JOSEPH

INTRODUCTION

Il nous a été donné d'observer à l'hôpital Laënnec, dans le service de notre maître le docteur BOURGEOIS, une affection relativement rare, mais qui tire tout son intérêt des erreurs de diagnostic qu'elle est susceptible de faire commettre.

Il s'agit d'un cas de fistulisation d'abcès péri-amygdalien dans le conduit auditif externe.

Nous verrons au cours de ce travail combien cette complication des phlegmons de l'amygdale palatine a pu amener de tâtonnements et de temporisation dans le traitement, l'attention étant naturellement attirée, au début tout au moins, vers l'écoulement purulent auriculaire, que l'on pensait provenir soit d'une affection propre du conduit auditif externe, soit d'une affection de la caisse du tympan.

Nous étudierons tout d'abord le cas personnel que nous avons pu observer, puis diverses autres fistulisations dans le conduit auditif externe de suppuration provenant également de la région péri-amygdaliennne; enfin il nous a paru intéressant de présenter à côté de ces observations celle d'un abcès latéropharyngien fistulé, lui aussi dans le conduit auditif externe.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I. — (*Personnelle*).

Le jeune P..., âgé de 6 ans, présentait depuis 15 jours une poussée d'adénoïdite aiguë avec température oscillant aux environs de 39°, coryza, enchifrènement, quelques poussées otalgiques.

L'examen pratiqué à ce moment montre des signes d'infection rhino-pharyngée, avec tuméfaction des ganglions cervicaux des deux côtés ; il existe en outre un très léger trismus, mais aucune collection n'est visible au niveau du pharynx, à cette période.

L'examen de l'oreille du côté gauche montre un tympan légèrement rosé, mais non tendu, il n'y a alors aucun écoulement auriculaire.

En conséquence on prescrit une simple désinfection rhino-pharyngée.

Quelques jours plus tard on est appelé près de l'enfant pour un phénomène nouveau.

Il s'agit d'un écoulement abondant de pus par l'oreille gauche.

A l'examen on va constater deux ordres de symptômes :

Les uns auriculaires.

Les autres pharyngés.

Du côté de l'oreille on est frappé par la présence d'un écoulement de pus extrêmement abondant.

C'est un pus crémeux, épais, rougeâtre.

Son abondance est telle, qu'elle est difficilement explicable par une suppuration de la caisse du tympan.

D'autre part, fait capital, la pression de la région cervicale gauche fait refluer une grande quantité de pus par le conduit auditif externe.

L'hypothèse de parotidite doit être écartée, la région parotidienne étant absolument intacte.

Cependant les symptômes pharyngiens se sont alors précisés, le petit malade présente en effet :

Un torticoli très accentué, et dont la moindre correction amène des douleurs violentes.

Le trismus est serré, gênant considérablement l'examen du pharynx, on aperçoit cependant à travers le faible écart des arcades dentaires une amygdale gauche légèrement refoulée vers la ligne médiane, et, derrière cette amygdale, un bombement de la paroi postéro latérale du pharynx.

Les signes généraux se sont plutôt accrus, la température dépasse 39°. La dysphagie est très marquée, l'agitation et l'amaigrissement sont accentués.

Alors qu'on pratique un toucher pharyngé, le petit malade évacue brusquement une collection purulente en crachant la valeur de deux cuillerées à café d'un pus crémeux, épais, rougeâtre, présentant donc absolument les mêmes caractères que le pus provenant du conduit auditif externe.

On agrandit alors à la pince de Lubet-Barbon l'orifice d'évacuation de cette collection latéro-pharyngée, et dans les jours qui suivent on constate une amélioration très nette des phénomènes fonctionnels, avec presque aussitôt un abaissement de la température jusqu'à 38°. Le conduit auditif externe ne laisse plus écouler qu'une minime quantité de pus.

Dans les jours qui suivent on assiste cependant à quelques poussées de rétention avec réascension thermique et un léger bombement du côté du pharynx.

A deux reprises différentes on pratique une réouverture

dans le pharynx, à la pince de Lubet Barbon, interventions qui viennent facilement mettre fin à ces rechutes.

L'examen de l'oreille, dans les jours qui suivent, rendu maintenant facile par la grande diminution de l'écoulement, permet d'examiner complètement le conduit auditif externe et le tympan.

Ce dernier reste rouge, mais ne présente aucune perforation, il n'est absolument pas bombé.

A l'examen du conduit, par contre, on trouve encore un léger suintement, et après un nettoyage au porte coton on peut se rendre compte qu'il existe sur la paroi antérieure de la partie cartilagineuse un orifice entouré d'un léger bourgeonnement œdémateux.

Il s'agit bien là d'un orifice fistuleux de communication avec le pharynx : en effet un toucher un peu appuyé dans la région latéro-pharyngée fait sourdre un peu de pus par cette fistule du conduit auditif externe.

A la suite des incisions pharyngées la guérison survint au bout de 10 jours : l'écoulement auriculaire se tarit et le pharynx reprit son aspect normal : à aucun moment il n'a existé de suppuration de la caisse du tympan.

OBSERVATION II (*Lyon Médical*, 1932).

Roger BERTOIN présente l'observation suivante :

A. J..., 10 ans, nous est présentée le 12 avril 1931 : quelques jours auparavant son médecin avait constaté l'existence d'abcès périamygdalien du côté droit, accompagné de trismus ; il temporisa d'abord, puis décida d'intervenir : avec l'index gauche il explorait le pilier antérieur pour rechercher une zone dépressible, lorsqu'un véritable flot de pus jaillit par le méat auditif externe. Depuis, la même manœuvre entraîne la production du même phénomène, qui diminue cependant d'intensité.

A l'examen on voit une enfant un peu pâle, et amaigrie, la température oscille entre 38° et 38°5.

La bouche s'ouvre facilement, le trismus ayant cédé spontanément. Le pilier antérieur droit est légèrement étalé, mais ne bombe que très peu ; l'amygdale, de volume normal, est un peu refoulée en dedans. Si on presse sur le pilier avec le doigt, ou si la fillette appuie sur lui avec la langue, il s'écoule par le méat du liquide nettement purulent.

Le conduit auditif externe est rempli de pus ; après nettoyage au porte coton, on aperçoit le tympan un peu rosé, sans trace de perforation.

Par contre, sur la paroi inférieure, vers sa partie moyenne, se trouve un petit bourgeon charnu à bords légèrement surélevés qui cachent un orifice par où sourd le pus.

Ni à l'inspection, ni à la palpation, on ne constate rien d'anormal dans le cou : la parotide n'est pas hypertrophiée, de volumineux ganglions cervicaux qui existaient au début ont complètement disparu.

Nous conseillons, comme traitement, de pratiquer une injection intra vélisque de 1 centimètre cube d'électrargol et des injections quotidiennes intra musculaires de vaccin polyvalent.

Ultérieurement l'écoulement s'est tari peu à peu, le pilier antérieur et l'amygdale droite ont retrouvé leur aspect habituel en une quinzaine de jours. Une amygdalectomie au Sluder a été pratiquée en septembre 1931 sans incident.

Malgré la rareté de ce cas le diagnostic ne saurait être mis en doute : il s'est formé d'abord un abcès périamygdalien typique, quelques jours après, avant qu'il se fut ouvert dans le pharynx, une pression sur le pilier antérieur amena par le méat auditif externe l'issue d'un flot de pus.

A l'examen le tympan était intact et on voyait sur la paroi inférieure du conduit, vers sa partie moyenne, un ori-

fice par où se produisait l'écoulement dès qu'on appuyait sur le pilier, il s'agissait donc bien d'un phlegmon péri-amygdalien ouvert dans le conduit auditif externe.

OBSERVATION III (*Roch, de Genève*).

Trois semaines après la fin d'une angine une fillette de 7 ans, présente un abcès rétro amygdalien d'allure assez torpide, lorsqu'on pressait sur l'amygdale qui était un peu refoulée en bas et en dedans, on déterminait l'issue d'un liquide purulent par un orifice situé sur la paroi inférieure du conduit auditif externe ; l'incision du pilier postérieur suivie de l'introduction d'une pince coudée en arrière de la tonsille amena l'ouverture d'une collection importante et la guérison survint peu après.

Discussion : FREY (Montreux) a aussi observé chez un enfant un cas d'abcès périlonsillaire avec perforation dans le conduit auditif externe.

OBSERVATION IV. — (*Robert Rendu*).

Pierre B., âgé de 3 ans nous est adressé le 11 février 1933, par le Dr BONNET de Tarare, avec le mot suivant : « Cet enfant a fait depuis 1 mois de la grippe avec quelques fortes poussées thermiques. Je l'ai vu il y a 2 jours avec un tympan rosé, mais surtout une grosse amygdale. Aujourd'hui : pus dans l'oreille, amygdale toujours grosse. »

L'enfant rentre à la clinique à 6 heures du soir : il présente à ce moment une amygdale droite rouge et augmentée de volume, une tuméfaction de la région parotidienne supérieure droite, des douleurs de l'oreille droite : à l'otoscope, on note un fort épaissement inflammatoire du conduit auditif externe droit, réduit, dans le fond, à une simple

fente ne permettant pas de voir le tympan ; cet aspect paraît plutôt dû à un soulèvement du plancher du conduit qu'à une chute du toit. Comme la température est en hausse et qu'on peut craindre que l'ouverture spontanée du tympan ne soit pas suffisante, nous faisons de suite une large paracentèse « au jugé » à travers la fente décrite ci-dessus. Soulagement immédiat de la douleur ; l'enfant s'endort peu après et passe une très bonne nuit. La température retombe à 37° le lendemain et le surlendemain, mais la voussure du conduit ne diminue pas, donnant l'impression d'un abcès de la loge parotidienne qui va se fistuliser dans le conduit ; comme l'état général est bon, qu'il n'y a rien à la mastoïde, nous temporisons.

La température étant un peu remontée les jours suivants, nous nous apprêtons le 16 à inciser cette collection qui soulève la paroi inférieure du conduit, lorsqu'elle s'ouvre, mélangeant son contenu à la suppuration otitique. La température redescend au-dessous de 37° le 17. Le 18, l'amygdale droite qui était volumineuse à l'entrée est aujourd'hui énorme, paraît refoulée vers la ligne médiane et soulève le pilier antérieur. Brusquement la température remonte le soir à 39°4. Le 19 au matin, l'enflure de la région amygdalienne droite continue à augmenter, il n'y a cependant ni trismus, ni œdème, du muguet est apparu dans la nuit, l'oreille coule toujours beaucoup. Le pilier antérieur donnant, au point d'élection, une sensation de fluctuation, on tente d'ouvrir la collection périamygdalienne à la pince de Luby-Barbon, cet essai reste infructueux.

Le 20 au matin nous pratiquons, suivant la méthode de BOURGEOIS une injection d'électrargol dans l'amygdale droite à travers le pilier antérieur, quelle n'est pas notre surprise quand nous voyons le liquide ressortir immédiatement par le conduit auditif externe droit ? Malgré la communication rendue ainsi évidente de la collection périamygdalienne avec la fistule du conduit, l'état continue le 21 à

s'aggraver : 39°4, la tuméfaction de la moitié droite du pharynx augmente et atteint le volume d'une noix, la voix est de plus en plus nasonnée, mais toujours sans trismus ; la fluctuation paraît nette : une seconde tentative d'ouverture à la pince de Lubet-Barbon est pratiquée le soir, toujours sans issue de pus, bien que nous ayons pénétré à près de 2 centimètres de profondeur. La saignée locale ainsi réalisée améliore néanmoins l'état de l'enfant qui, 2 heures après, réussit à avaler quelques aliments et passe une bonne nuit.

Le 21 état stationnaire, toujours alarmant. Le Dr DELORE appelé en consultation n'est pas d'avis d'intervenir à nouveau sur la région amygdalienne. On constate une tache purpurique à la face interne du genou droit.

4 centimètres cubes de septicémine sont injectés les 21, 22 et 23. Le 22 la température oscille toujours autour de 39°, l'haleine est mauvaise, la plaie pharyngée se sphacèle. Le 23, légère amélioration locale et générale qui s'accroît les jours suivants.

Le 28, la région amygdalienne continue à désenfler progressivement, la tache purpurique au genou est devenue une nodosité douloureuse.

Le 1^{er} mars : la gorge va bien, mais la température est remontée à 39° et l'enfant s'est remis à beaucoup souffrir de l'oreille droite depuis 24 heures ; le versant postérieur de la mastoïde est douloureux à la pression : nouvelle paracentèse tympanique droite. Le 3 mars ouverture de l'abcès sous cutané du genou.

Tout rentre progressivement dans l'ordre les jours suivants. L'enfant quitte la clinique le 13 mars en assez bon état, l'oreille coulant encore. Un mois après on nous écrit que l'enfant va tout à fait bien et que l'oreille ne coule plus.

La maladie de cet enfant semble pouvoir se schématiser ainsi : à la suite vraisemblablement d'une adénoïdite grip-pale, sont apparues simultanément du même côté deux

complications : une otite moyenne aiguë suppurée et un phlegmon périamygdalien.

L'otite a nécessité deux paracentèses à trois semaines de distance ; le phlegmon s'est fistulisé spontanément dans le conduit auditif externe ; pendant une dizaine de jours l'état du petit malade a inspiré de vives inquiétudes : la température avait pris le type septicémique, du muguet était apparu ainsi qu'un abcès métastatique. Finalement tout s'arrangea et deux mois après le début de sa maladie l'enfant était sur pied.

La communication de la suppuration péripharyngée avec le conduit auditif externe est prouvée de façon indiscutable par le fait que l'argyrol, injecté à travers le pilier antérieur de l'amygdale, est remonté immédiatement par la fistule de la paroi inférieure du conduit auditif.

Mais quelques points restent obscurs dans cette observation : la fistulisation du conduit s'est produite à un moment où l'enfant ne présentait, en dehors de son otite, que des symptômes d'amygdalite banale : contrairement à notre attente, c'est au moment précis où on croyait que ce drainage spontané d'une collection suppurée allait mettre fin aux phénomènes infectieux qu'on a vu apparaître les symptômes classiques du phlegmon périamygdalien ainsi que le syndrome septicémique.

Devant ces faits contradictoires, on pourrait se demander si ce n'est pas l'otite moyenne suppurée qui a provoqué un adénophlegmon de la loge parotidienne (on sait en effet que certains lymphatiques de l'oreille moyenne vont aux ganglions profonds de la loge parotidienne), lequel, après s'être fistulisé dans le conduit, aurait envahi secondairement la loge préstylienne de l'espace maxillo-pharyngien. L'hypothèse peut se soutenir à la rigueur, mais nous croyons plus vraisemblable d'admettre que la suppuration était primitivement préstylienne et qu'elle a envahi secondairement la loge parotidienne, pour s'ouvrir spontanément dans le con-

duit ; ce drainage n'ayant pas été suffisant l'abcès préstylien a alors fusé dans la loge amygdalienne (à la partie postéro supérieure de la loge amygdalienne se trouve en effet un point faible où le treillis musculo-aponévrotique est très aminci), refoulant vers la ligne médiane l'amygdale considérablement augmentée de volume et réalisant le tableau de la périamygdalite phlegmoneuse.

OBSERVATION V. — (*Edel*, 1925)

Sur la diffusion des suppurations dans l'espace para-pharyngé à la suite d'une péritionsillite.

Homme de 41 ans, présentant une angine, puis un abcès péritionsillaire, la suppuration s'est étendue dans la glande parotide, a fait irruption dans le conduit auditif externe, de façon si trompeuse que le médecin traitant a longtemps cru avoir affaire à un furoncle du conduit auditif externe. La ténacité de la suppuration qui a résisté à tous les traitements pendant 2 mois a conduit EDEL à exécuter l'extirpation totale de l'amygdale. Malgré cela la suppuration continue, EDEL croit que cela est dû à la présence du bacille diphtérique et du bacille pseudo-diphtérique.

Discussion : au lieu de l'extirpation est-ce qu'une intervention par voie externe à travers l'espace rétro-mandibulaire n'eut pas été préférable ?

OBSERVATION VI. — (*Ettore Tavani*, juillet 1932)

Je rapporte ce cas qui présente un certain intérêt par sa particulière rareté. En effet, si les abcès latéro-pharyngiens d'origine otitique sont relativement communs, par propagation depuis l'oreille moyenne, ou la mastoïde, rares

sont les collections qui une fois formées se sont ensuite ouvertes à travers le conduit auditif externe.

Quand cela arrive, la suppuration suit habituellement la scissure de Glaser ou une déhiscence de la paroi osseuse du conduit, ou la ligne d'union de celle-ci avec sa portion cartilagineuse.

Étude clinique :

L'enfant, Bruna Macchi, âgée de 16 mois, née à Lari (Pise) d'une première grossesse, avec accouchement normal, a eu l'allaitement maternel. Depuis 20 jours, elle présente de légères augmentations de température qui s'accompagnent dans la dernière semaine précédant l'entrée à la clinique, de tuméfaction de la moitié droite du pharynx. Des cataplasmes appliqués sur la région latérale du cou n'améliorent pas la symptomatologie, au contraire, la dyspnée se fit plus intense, la fièvre persistant (38°-38°5) ; la jeune enfant pâle et souffrant avalait avec difficulté et présentait un trismus marqué. Un matin, tout à coup, apparut une brusque et abondante otorrée. Le médecin traitant conseilla à la mère de la malade d'aller consulter un spécialiste et c'est cela qui l'amena dans notre clinique (23 octobre 1931).

Ce qui frappe tout de suite c'est la grande quantité de pus, épais, qui sort spontanément du conduit ; celui-ci nettoyé, on y voit la paroi inférieure soulevée et fongueuse cachant la membrane du tympan. En appuyant sur la région de la parotide en partie molle et en partie, surtout en bas, irrégulièrement infiltrée, on provoque une émission du pus du conduit.

Examen pharyngoscopique : La moitié droite du pharynx est occupée par une tuméfaction qui s'étend au pilier postérieur et qui s'enfonce jusqu'à la hauteur du sinus piriforme. La consistance est dure, élastique, et la compression provoque une sortie abondante de sécrétion du conduit. Une ponction exploratrice donne l'impression que l'aiguille

pénètre dans la cavité de l'abcès, pourtant il ne sort pas de pus.

24-25 octobre : Du conduit sort beaucoup de pus, avec les mêmes caractères que précédemment, la paroi latéropharyngienne reste tuméfiée. Température à 39°.

26 octobre : Intervention (Pr DI VESTEÀ), on ouvre (après avoir vidé par compression l'abcès par le trajet fistuleux), la paroi latérale du pharynx correspondant à la région située derrière le pilier postérieur, jusqu'à la hauteur du sinus piriforme. On pénètre dans le sac que l'on sonde avec une Klemmer jusqu'à une certaine profondeur vers la région ptérygoïdienne et vers les gros vaisseaux sans issue de sécrétion purulente nette, il y a seulement trace de sécrétion sanieuse.

27-28 octobre : Situation stable. Le pus qui sort abondamment par la compression exercée sur la paroi latérale du cou en correspondance de la région parotidienne, présente pendant les premiers soins un aspect sanguinolent et devient ensuite un pus pur.

29 octobre : Avec une pince en baïonnette, on rouvre l'incision pharyngienne, une volumineuse tuméfaction, qui a provoqué une plus grande difficulté de la respiration, s'étant reformée. Cette fois-ci, on vide une vaste et abondante collection. Le jour suivant, la sécrétion du conduit disparaît et la température qui pendant cette période a oscillé entre 38° et 39° revient à la normale.

31 octobre : Le conduit est tout à fait libre ; sa paroi inférieure, dans la partie la plus profonde, est ulcérée et la membrane du tympan, complètement indemne, est entièrement visible.

Après quelques jours, l'enfant, guéri, quitte la clinique.

Ainsi, de cette étude, il apparaît que les premières recherches permettaient d'écarter avec une certaine probabilité quelques hypothèses ; tout d'abord ce n'était pas une otite moyenne suppurée, avec perforation typique,

ensuite ce n'était pas non plus un abcès parotidien qui s'était ouvert dans le conduit.

Il fallait exclure la première hypothèse, car le pus remplissait le conduit auditif quand on exerçait une légère pression sur la région parotidienne et on le voyait apparaître devant la membrane tympanique. (La membrane pendant le premier jour n'était pas visible, elle apparut ensuite parfaitement intacte, sans présenter aucun signe d'affection propre, ceci ôta le doute sur l'origine otitique de la collection)

On pouvait aussi exclure un abcès d'origine mastoïdienne, car les signes de mastoïdite manquaient (Parmi ceux-ci la douleur à la pression sur l'antre et sur la pointe).

Ce n'était pas non plus un abcès parotidien, car il manquait une véritable symptomatologie au niveau de cette région, qui ne présentait pas d'inflammation proportionnée à la gravité des autres symptômes. Au contraire, plaidait pour l'abcès latéro-pharyngien le fait que, en comprimant cette région, le pus sortait plus abondamment qu'en comprimant la région parotidienne.

Cliniquement, le diagnostic était ainsi justifié. Celui-ci est rare, les traités ordinaires ne mentionnent pas de cas analogue et les monographies de cette spécialité, amplement consultées, n'en parlent pas.

A ce propos, LAUTMANN rapporte : « on trouve si peu de cas d'abcès de voisinage perforés dans le conduit auditif externe, qu'on croirait que ces cas sont rares : En réalité, ils ne sont que mal étudiés, La plupart de ces cas ont trait à des abcès rétropharyngés qui peuvent faire irruption dans le conduit auditif externe soit par la scissure de Glaser, soit par une déhiscence naturelle de la partie osseuse du conduit, soit à l'endroit de la jonction de la partie osseuse et de la partie cartilagineuse. »

Dans notre cas, on doit admettre que le processus, commencé trompeusement, a évolué dans la partie posté-

rière de l'intervalle latéro-pharyngien (espace rétrostylien) et cela parce que, en admettant seulement ce siège primitif, on peut comprendre comment la collection, trouvant une propagation facile à travers le mince espace de bande parotidienne profonde dans laquelle s'engage le prolongement pharyngien de la glande, a envahi la loge parotidienne et s'est comme portée derrière la paroi osseuse du conduit qui est en rapport direct avec le parenchyme glandulaire.

Le pus, arrêté dans sa progression par de nombreux et solides tractus qui divisent la parotide, a été refoulé en haut jusqu'à la paroi inférieure de l'os tympanal et y révélant un processus d'ostéo-myélite, s'est ensuite répandu à l'extérieur. Si on ne veut pas admettre un processus fistuleux dans le conduit auditif externe osseux, on peut penser que le pus s'est fait une route à travers cet orifice de forme ovale qui résulte de la fusion incomplète des deux cornes tympaniques antérieure et postérieure, et qui persiste de coutume jusqu'à la quatrième année de la vie.

Quant à la thérapeutique, il y a peu à ajouter. L'incision de la collection purulente, déterminant un drainage déclive, a favorisé notablement la guérison rapide.

CONSIDÉRATIONS CLINIQUES

I. — Fréquence

De l'étude des observations que nous avons rapportées ici et de quelques autres dont nous avons pris connaissance nous concluerons avec LAUTMANN que les abcès péripharyngés perforés dans le conduit auditif externe, sans être très fréquents, ne sont pas aussi rares que l'on pourrait penser.

Les collections purulentes donnant lieu le plus fréquemment à cette complication semblent être celles localisées au niveau de la parotide, de la région latéropharyngée antérieure (abcès de l'espace prestylien) et de la région rétropharyngienne qui pour certains auteurs donnerait le plus fréquemment des fistulisations dans le conduit auditif externe.

Cette évolution insolite serait plus rare pour les abcès périamygdaliens que nous étudions seuls dans ce travail, aussi leur étude a-t-elle été presque complètement délaissée jusqu'à maintenant.

II. — Symptomatologie

Le fait remarquable de la symptomatologie est que dans la plupart des cas l'attention est d'abord attirée vers l'oreille avant que de l'être du côté du pharynx, ceci étant dû au fait, sur lequel BERGH a attiré l'attention, que chez les enfants au-dessous de 15 ans les signes subjectifs et objectifs de l'abcès périamygdalien sont beaucoup moins marqués que chez l'adulte, or les cas de fistulisation de ces abcès dans le conduit auditif externe survenant chez l'adulte sont absolument exceptionnels.

L'examen du malade comprendra donc deux temps :

L'otoscopie : dans certains cas l'épaississement de la paroi inférieure du conduit sera tel qu'il est impossible de voir le tympan.

Dans d'autres cas après un nettoyage soigneux du pus au porte coton on pourra vérifier l'intégrité de la membrane qui peut être rosée du fait de l'infection du rhino pharynx, mais qui ne bombe pas et qui ne présente pas de perforation, on recherchera alors l'origine du pus au niveau du conduit auditif externe : l'orifice supérieur du trajet fistuleux pouvant être visible ou non, étant en effet souvent caché par un bourgeon charnu.

La pharyngoscopie va montrer les signes habituels de phlegmon périamygdalien, compte tenu de leur discrétion relative chez l'enfant comme nous l'avons

déjà signalé. Nous n'insisterons pas sur les signes généraux qui ne sont pas notablement modifiés par l'existence de la fistulisation.

Mais le symptôme capital, pathognomonique, est constitué par la sortie du pus au niveau du conduit auditif externe lorsque l'on fait une pression sur l'amygdale correspondante. En outre le pus auriculaire présente exactement les mêmes caractères que le pus pharyngé. Enfin si l'on pratique une injection d'argyrol à travers le pilier correspondant à la localisation de l'abcès on a la preuve indiscutable de la communication de la suppuration péripharyngée avec le conduit auditif externe (observation de R. RENDU) en voyant le liquide injecté remonter immédiatement par la fistule de la paroi inférieure du conduit.

L'évolution dépendra uniquement de la réussite du traitement de l'abcès pharyngé, celui-ci guéri, la fistule disparaît ainsi que l'orifice supérieur de celle-ci, tout rentrant dans l'ordre au niveau du conduit auditif externe.

Un fait intéressant est à signaler : c'est que la fistulisation constitue un drainage inefficace de la collection purulente et que l'on n'obtient que peu ou pas d'amélioration lorsque celle-ci se produit.

III. — Diagnostic

Le diagnostic positif est fait par la sortie du pus du conduit si l'on presse la région amygdalienne correspondante.

Le diagnostic différentiel est souvent délicat : il faudra éliminer d'abord tout ce qui n'est pas fistulisation dans le conduit, ensuite les autres localisations de collections suppurées pouvant causer une telle fistulisation.

On pourrait penser d'abord à un furoncle du conduit (observation de EDEL), mais en cas de fistulisation il y a souvent un petit bourgeon charnu beaucoup moins volumineux que le furoncle, en outre dans ce dernier cas il n'y a pas de signes pharyngés.

L'otite externe ne peut guère prêter à confusion étant donnés les caractères du pus de provenance pharyngée, par ailleurs seule la paroi inférieure est atteinte dans ce cas.

Le diagnostic peut être très difficile avec l'otite moyenne aiguë suppurée lorsque l'examen du tympan est impossible en partie ou en totalité ; signalons la coexistence de ces deux affections (observation de RENDU) : otite moyenne et abcès amygdalien fistulisé. Il faudra faire un nettoyage soigneux du conduit et surtout rechercher la preuve de la communication pharyngée par pression sur l'amygdale. Enfin on vérifiera qu'il ne s'agit pas d'un abaissement de la paroi supérieure du conduit auditif externe, mais bien d'un épaississement de sa paroi inférieure.

La preuve d'une fistulisation dans le conduit auditif étant faite il sera alors relativement facile d'écarter les autres causes pouvant amener cette évolution :

- Suppuration de la parotide.
- Abcès latéro-pharyngien.
- Abcès rétro-pharyngien.

Un examen minutieux de ces différentes régions permettra d'éliminer l'hypothèse de collection suppurée à leur niveau.

Cependant les abcès latéro-pharyngiens peuvent donner deux sortes de fistulisation :

Localisés à l'espace préstylien (observation de ETTORE TAVANI) on aura une symptomatologie et une évolution analogue aux localisations périamygdaliennes.

Au contraire des suppurations latéro-pharyngées postérieures (abcès de l'espace rétro-stylien) peuvent fuser le long des gros vaisseaux du cou et pénétrer dans l'oreille moyenne par l'un des hiatus de la paroi inférieure de la caisse du tympan, ils se vident à l'extérieur après avoir traversé la membrane. L'ulcération de la carotide réalise alors l'otorragie carotidienne d'origine latéro-pharyngée. Le pronostic en est fatal. Le diagnostic sera fait dans ce cas par le fait que la fistulisation s'étant faite dans la caisse puis à travers le tympan le conduit auditif externe est normal et ne présente pas d'orifice de sortie du pus, tandis que la membrane est perforée.

Signalons enfin que le diagnostic pourrait être à faire avec un cas dont le processus serait l'inverse de celui que nous étudions ici : TESAR publie une observation dans laquelle il s'agirait d'otite externe dont le pus aurait perforé le plancher du conduit cartilagineux et gagné à travers l'espace parotidien et prestylien la région péritonsillaire, étant donné le manque de détails fournis il est difficile de critiquer cette

observation; cependant ne s'agirait-il pas plutôt d'une inversion dans la succession réelle des phénomènes pathologiques que d'un processus inverse ? Nous avons vu en effet que, surtout chez l'enfant où les phénomènes pharyngés sont discrets, au début tout au moins, il était fréquent de constater d'abord la présence d'un écoulement auriculaire avant de reconnaître l'existence d'un abcès périamygdalien qui cependant était le premier en date étant le point de départ de la fistulisation.

CONSIDÉRATIONS THÉRAPEUTIQUES

Le traitement des abcès périamygdaliens fistulisés dans le conduit auditif externe ne présente rien de particulier du fait de son évolution insolite ; nous avons vu en effet que d'une part le drainage du pus ainsi réalisé n'avait que peu ou pas d'influence sur l'évolution de la collection purulente primitive, d'autre part la guérison de l'abcès amygdalien amène la guérison de la fistule qui disparaît.

Nous passerons donc rapidement en revue les différents traitements qui pourront être employés à l'égard de cette affection.

I. — Traitements chirurgicaux

Le procédé chirurgical le premier en date est celui de LEMAISTRE (de Limoges) qui consiste à inciser au bistouri la collection purulente là où elle bombe au maximum, il fixe anatomiquement cet endroit à un demi centimètre environ du bord interne du pilier antérieur, à la partie oblique de celui-ci ; des modifications portant sur le lieu d'élection ont été apportées par CHIARI, et par THOMSON et BULATNIKOW, en réa-

lité il ne faut pas oublier que le bombement maximum varie selon la localisation de la collection purulente. Signalons enfin que MENZEL introduit dans la plaie une canule permettant un meilleur drainage.

Ces divers modes de traitement doivent être systématiquement écartés étant donné le grand danger qu'ils présentent. Il s'agit en effet de pratiquer une incision profonde avec des points de repère anatomiques modifiés chez un malade qui souffre, qui présente du trismus et qui peut être difficilement anesthésié, ce qui rend toute immobilisation absolue pratiquement impossible, on conçoit dans de telles conditions le danger qu'il y a à manier un bistouri au voisinage de gros vaisseaux.

Ces diverses considérations ont donc amené naturellement les chirurgiens spécialistes à employer un instrument mousse.

Dans la méthode de KILLIAN l'intervention va présenter deux temps :

Un premier temps d'ouverture de la collection purulente au niveau où la paroi paraît le plus faible, ceci étant exécuté avec une sonde rigide en métal.

Un deuxième temps dans lequel on remplace la sonde par une pince mousse qui va servir à dilater la plaie.

La méthode de RUALT consiste, avec un crochet mousse introduit dans la fossette susamygdalienne entre le pilier et l'amygdale, à supprimer les adhérences existant entre le pilier et la glande.

Enfin le procédé de LUBET-BARBON consiste (après

une anesthésie locale au liquide de Bonain) à perforer avec la pince du même auteur la poche de l'abcès à l'endroit où elle bombe au maximum et où la paroi est la plus mince, dans un deuxième temps on écarte les deux branches de la pince, ce qui va dilater l'orifice largement et donner un bon drainage.

Ce procédé est incontestablement le meilleur de ceux que nous avons cité jusqu'alors, si on le compare en effet à celui de KILLIAN qui s'en rapproche le plus on voit qu'il comporte une rapidité beaucoup plus grande n'employant qu'un seul instrument qui reste en place pendant les deux temps de l'intervention, cet instrument, parfaitement maniable, ne présente aucun danger pour les gros vaisseaux du cou, enfin il donne un drainage le plus souvent suffisant pour amener la guérison comme nous avons pu le constater dans l'immense majorité des cas d'abcès périamygdaliens ainsi traités que nous avons observés jusqu'à maintenant ; et, bien que CANUYT ait dit de tous ces procédés que « le chirurgien cherche la collection à la partie haute et l'ouvre d'une manière insuffisante. Le drainage est mal assuré » le procédé de LUBET BARBON nous semble être le procédé chirurgical de choix.

Nous verrons enfin en dernier lieu le procédé de CANUYT qui remédierait aux reproches par lui faits aux méthodes précédentes :

Dans un premier temps on récline et écarte le pilier antérieur en le sectionnant si son écartement est impossible.

Dans le deuxième temps on incise largement la loge amygdalienne au bistouri en partant en haut d'un point situé à la hauteur du pôle supérieur de l'amygdale et en terminant en bas au niveau de la dernière grosse molaire inférieure.

Si le pus n'a pas jailli à ce moment on achève l'effondrement de toute la paroi antérieure de la loge avec un instrument mousse. Après nettoyage on tasse doucement dans cette loge une mèche de gaze imbibée de vaccin, de bactériophage ou d'antivirus.

Quelques jours après cette intervention on pratique, à tiède, une amygdalectomie à l'anse froide, opération rendue facile par le fait que l'amygdale est déjà en partie détachée de sa loge, et qu'il n'existe pas d'adhérences pathologiques.

Cette méthode, théoriquement très séduisante, présente de graves défauts pratiques.

Il s'agit d'une intervention chirurgicale nécessitant l'immobilité du malade et qui est très douloureuse sans une bonne anesthésie : or l'anesthésie à la novocaïne est, dans ce cas particulier, rarement suffisante et toujours dangereuse ; on peut lui faire également et pour cette raison les mêmes reproches qu'à la méthode de LEMAISTRE ; enfin les risques de l'amygdalectomie à tiède, quoique non comparables à ceux de l'amygdalectomie à chaud, sont réels.

II. — Traitements médicaux

Localement : BOURGEOIS a préconisé l'injection d'électrargol à l'endroit où la tuméfaction bombe au maximum ; cette injection, peu profonde, sera de 1/2 ou 1 centimètre cube d'une solution à 0,40 pour mille d'argent pur. Aussitôt après et pendant une demi-heure environ on observe une réaction locale douloureuse, dans les cas favorables on obtient ensuite une atténuation des phénomènes pathologiques jusqu'à la guérison. Cependant cette thérapeutique semble avoir une action surtout au début de l'affection et constitue avant tout un traitement abortif.

HALPHEN préconise l'injection *in situ* d'une solution de bactériophage, suivie d'autohémothérapie immédiate à la dose de 10 centimètres cubes.

« L'injection, dit-il, entraîne au bout de quelques secondes une violente douleur qui persiste cinq à dix minutes. Au bout de deux heures, la douleur intense due au phlegmon périamygdalien s'est atténuée, et peut avoir disparu, le trismus a cédé, le malade peut avaler. Au bout de 12 heures, la tuméfaction vélisque est presque entièrement réduite avec ou sans suppuration fusant dans l'ogive des piliers, la température a baissé d'un ou deux degrés. Après une courte ascension réactionnelle, au bout de vingt-quatre heures la guérison peut être complète. Dans certains cas une seconde injection de bactériophage est néces-

saire. Mais il faut attendre vingt-quatre heures avant de la pratiquer, car le bactériophage ne s'élimine par les urines qu'au bout de vingt-quatre heures. Une seconde auto-hémotransfusion est nécessaire. C'est elle qui détruit les antiphages qui existent dans l'organisme et ont empêché l'action immédiate de la première injection de bactériophage. La guérison survient au bout de quelques heures.

Enfin, dans certains cas, les injections n'amènent aucun soulagement. Le phlegmon évolue vers la suppuration et doit être ouvert. »

Cette méthode donne de bons résultats, mais, comme le reconnaît HALPHEN il est des cas, assez nombreux nous semble-t-il, dans lesquels le dernier mot reste à l'intervention chirurgicale.

Après ces traitements locaux nous allons voir maintenant les traitements ayant pour but de provoquer la guérison par une action générale, sur tout l'organisme.

Nous citerons :

Les méthodes de choc :

Par injection d'argent colloïdal, intraveineuse, (solution de collargol à 0,25 %) intra-musculaire ou sous cutanée (électrargol).

Par injection d'or colloïdal (collobiase d'or). Les résultats de ces méthodes ne sont pas particulièrement intéressants, par ailleurs le choc colloïdal n'est pas toujours bien supporté par les malades.

L'auto-hémo-lysothérapie, à parties égales ou à

1 pour 2 est un bon traitement abortif et ne donne pas de réaction brutale.

Les stocks vaccins (propidon) donnent une forte réaction et ne semblent pas avoir provoqué des guérisons fréquentes.

Enfin l'immunisation spécifique comprend :

La vaccinothérapie qui n'a pas donné de brillants résultats.

La sérothérapie est plus efficace, le sérum anti-streptococcique de VINCENT est le meilleur, mais donne surtout de bons résultats dans les formes graves.

Un procédé récent semble avoir donné quelques succès, il s'agit de l'emploi du chlorhydrate de sulfamido chrysoïdine, qui paraît avoir donné de meilleurs résultats comme traitement abortif que comme traitement de la période d'état de l'abcès, dans tous les cas il présente l'avantage de ne jamais être dangereux et d'être d'une application facile.

En conclusion lorsque l'on sera en présence d'un abcès périamygdalien fistulisé dans le conduit auditif externe le traitement sera le même que s'il n'existait pas de fistulisation, celle-ci guérissant automatiquement pendant la rétrocession de la collection purulente pharyngée.

Les traitements médicaux ourront être essayés, mais s'ils ne sont pas suivis d'un succès rapide, ce qui nous semble particulièrement fréquent, il faudra pratiquer une intervention chirurgicale et dans ce cas la méthode de LUBET-BARBON nous paraît être le pro-

cédé de choix par son application facile et les bons résultats qu'elle donne, mais il ne faudra pas alors perdre de vue le malade, bien au contraire on devra exercer une surveillance rigoureuse et être prêt à intervenir de nouveau si besoin en est.

CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES

L'étude anatomique de la fistulisation des abcès périamygdaliens dans le conduit auditif externe est rendue difficile par l'absence de vérification anatomique, cependant le trajet suivi par le pus semble être le suivant :

Espace préstylien (Espace para-amygdalien).

Loge parotidienne.

Conduit auditif externe.

L'espace para amygdalien ou sous parotidien antérieur de forme prismatique triangulaire comprend :

Une paroi externe : aponévrose interptérygoïdienne et muscle ptérygoïdien interne.

Une paroi postérieure : constituée : en dehors par une portion de l'aponévrose périparotidienne située entre les ligaments sphéno-maxillaire et stylo maxillaire.

Un angle antérieur très aigu, ouvert en arrière.

En haut c'est la ligne de jonction de l'aponévrose péri-pharyngienne et de l'aponévrose ptérygoïdienne.

En bas : communication libre avec la région sous-maxillaire.

D'après CHIARI le pus naîtrait primitivement dans

cette loge pour constituer d'emblée le phlegmon sous angulo tubaire (TERRACOL). Cependant il semble plus probable que dans la majorité des cas le pus est d'abord collecté dans l'espace décollable périamygdalien (CANUYT), ce n'est que secondairement qu'il fuse dans l'espace préstylien par un point faible situé à la partie postéro supérieure de la paroi pharyngée, ou le treillis musculo aponévrotique devient presque celluleux.

Rappelons maintenant brièvement la constitution de la *loge parotidienne* :

Celle-ci est de forme prismatique triangulaire à crête interne elle présente :

Une paroi antérieure : le bord postérieur de la branche montante du maxillaire inférieur doublé du masséter et du ptérygoïdien interne.

Une paroi postérieure : comprenant la mastoïde avec le sterno-cléido-mastoïdien et le digastrique, et plus profondément la partie externe du rideau des muscles styliens.

Une paroi externe : cutané-aponévrotique, fente étroite entre la mâchoire et le sterno-cléido-mastoïdien.

Une base supérieure avec deux versants :

Antérieur : articulation temporo-maxillaire.

Postérieur : conduit auditif externe.

Une base inférieure : bandelette maxillaire.

Une arête interne : c'est un orifice entre les ligaments sphéno-maxillaire et stylomaxillaire.

On voit donc que la partie fibro-cartilagineuse du

conduit auditif externe se trouve en rapport avec la glande parotide, puisqu'elle entre dans la constitution de la loge. GOUFAS (d'Athènes) explique leur communication de la façon suivante :

Ou bien des adhérences inflammatoires se forment entre la parotide et le conduit et il se produit alors une véritable chondro périchondrite circonscrite aboutissant à la perforation.

Ou bien on peut admettre le rôle joué par les incisures de Santorini constituées par une lame fibreuse doublée en avant par un tissu cellulaire, et en arrière par la peau mince du conduit, et incapables d'offrir une grande résistance à une collection sous tension.

Tel doit être le processus du cas que nous avons observé, mais il n'en est pas de même dans certaines observations où l'orifice fistuleux serait situé, non pas au niveau du conduit cartilagineux mais au niveau de sa portion osseuse, d'après LAUTMANN (cité par TAVANI) l'irruption du pus dans le conduit peut se faire soit par la scissure de Glaser, soit par une déhiscence naturelle de la partie osseuse du conduit, soit à l'endroit de la jonction des parties osseuse et cartilagineuse.

Cependant il reste un point délicat à élucider, c'est l'explication du passage de la collection de l'espace préstylien dans la loge parotidienne ; nous avons vu qu'il existait à la partie interne de celle-ci une fente verticale triangulaire à sommet inférieur, limitée en haut par la base du crâne (de l'apophyse styloïde à l'épine du sphénoïde) en arrière par le ligament stylo-

maxillaire, en avant par le ligament sphéno-maxillaire, quand l'arête interne est développée c'est le prolongement pharyngien de la glande qui s'engage dans cette fente en repoussant l'aponévrose périparotidienne mince à ce niveau, il s'approche alors de la paroi pharyngée et de l'amygdale.

Cependant VIELA (de Toulouse) a constaté, au cours de certaines dissections, que le prolongement pharyngien de la parotide, en rapport avec la face externe de l'espace préstylien, semblait réduit à l'état de moignon et remplacé par du tissu cellulo-graisseux lâche, excellent « aliment » pour la migration d'un phlegmon, on conçoit ainsi que le pus sous tension dans l'espace préstylien, et ne pouvant fuser en dedans ait fait issue en dehors, par un point faible occasionnel, vers la loge parotidienne.

CONCLUSIONS

I. — Les fistulisations dans le conduit auditif externe des collections suppurées pharyngiennes et en particulier périamygdaliennes semblent moins rares qu'on ne pourrait penser, en effet il faut considérer que :

II. — Le diagnostic en est souvent difficile étant donné l'atténuation fréquente des signes subjectifs et objectifs chez l'enfant de moins de 15 ans, ce qui est le cas de beaucoup le plus fréquent.

III. — La preuve de la communication entre la collection suppurée périamygdalienne et le conduit auditif externe et le symptôme pathognomonique, sont constitués par le fait qu'une pression exercée sur l'amygdale fait sourdre le pus par le conduit.

IV. — Le fait qu'il y a fistulisation dans le conduit n'améliore pas l'évolution, mais n'assombrit pas le pronostic, comme c'est le cas lorsque le pus fuse vers les gros vaisseaux.

V. — En conséquence le traitement des phlegmons de l'amygdale présentant cette complication spéciale ne diffère en rien du traitement des phlegmons non compliqués.

VI. — Pour que cette évolution insolite puisse se réaliser il semble bien que deux conditions anormales soient nécessaires :

a) Retard de l'intervention sur un abcès collecté et sous tension dans la région périamygdalienne.

b) Existence d'un point faible au niveau de la partie externe de l'espace préstylien.

Vu : *Le Doyen,*

ROUSSY.

Vu : *Le Président de la Thèse,*

F. LEMAITRE.

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ARSIMOLES. — *Des abcès périamygdaliens. Recherches sur leur siège anatomique* (Th. de Toulouse, 1902).
- BARATOUX. — *Méthode de Killian pour l'ouverture des abcès périamygdaliens* (O. R. L., 1928).
- BERTOIN (R.). — (*Lyon médical*) *Ouverture spontanée d'un abcès périamygdalien dans le conduit auditif externe.*
- BLOCH (A.) et LEMOINE (J.). — *Thrombose de la carotide interne au cours d'un abcès pharyngé* (Soc. de laryng., 1927).
- CAMPBELL. — (*Annales* 1931). *Rupture d'un abcès dans le conduit auditif externe.*
- CANUYT. — *Les abcès de la loge amygdalienne* (XLIV^e Congrès français d'O. R. L., 1928).
- CANUYT et HORNING. — *Amygdalectomie totale à chaud* (Soc. de laryngologie des Hôpit. de Paris, 1931).
- DEMALDENT et BOURGEOIS. — *Les abcès périamygdaliens* (Revue médicale de France, 1934).
- EDEL. — *Sur la diffusion des suppurations dans l'espace para-pharyngé à la suite d'une pérityonsillite* (Annales O. R. L., 1925).
- FORSCHNER. — *Anesthésie locale dans l'évacuation d'un abcès amygdalien* (Medizinische Klinik., 1935).
- GALATZ. — *Abcès rétropharyngien fistulisé dans le conduit auditif externe* (*Bulletin de la société Roumaine d'O. R. L.*).
- LEMAISTRE. — *Phlegmon périamygdalien* (*Sem. médic.*, 1890).
- LAURENS (L.). — *Abcès du latéro-pharynx.*
- LINK. — *L'abcès de l'amygdale et l'amygdalectomie à chaud* (*Journal de chirurgie*, 1934).
- MARTIN (A.). — *Contribution à l'étude de l'anatomie de l'amygdale palatine et des suppurations périamygdaliennes* (Thèse 1935).

- MOULONGUET. — *Le phlegmon périamygdalien : son traitement doit-il être médical ou chirurgical* (Monde médical, 1928).
- RANJARD. — *Traitement des phlegmons péri-amygdaliens par le chlorhydrate de sulfamido chrysoïdine* (Th. 1936).
- RENDU. — *Abcès péri-amygdalien ouvert dans le conduit auditif externe* (Annales O. R. L.).
- ROCH. — (Genève). *A propos d'un abcès périlonsillaire perforé dans le conduit auditif externe* (XV^e congrès suisse d'O. R. L., 1927).
- SZMURLO. — (*Gazetta Lekarska*) cité par Louis Laurens.
- TAVANI (E.). — *Ascesso latero-faringeo fistolizzato nel condotto uditivo esterno* (Boll. d. mal. d. orecchio, d. gola, d. naso, July 1931).
- TERRACOL. — *Siège anatomique des Phlegmons péri-amygdaliens antéro-supérieurs* (Ann. O. R. L., 1929).
- TEŠAR. — *Abcès périlonsillaire d'origine otitique.*
- TRUFFERT. — *Les suppurations péripharyngiennes.*

Saint-Amand (Cher). — Imp. R. BUSSIÈRE. — 14-6-1937.
